Aus der Chirurgischen Universitätsklinik Breslau.
Direktor: Geheimrat Professor Dr. Küttner.

Über Blutzysten am Halse.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Johannes Palka,
approbierter Arzt.

Breslau.
Druck von R. Nischkowsky.
1920.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter Professor Dr. Küttner.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548211_0145

Die Blutzysten am Halse sind für den Chirurgen aus verschiedenen Gründen von besonderem Interesse: Ihr Sitz, ihr Verhältnis zur Umgebung, ihr Bau, ihre unbekannte Entstehung, sowie die manchmal sehr schwierige Entfernung machten sie zum Gegenstand lebhafter Untersuchungen, ohne aber ihrer Genese näher gekommen zu sein.

Wollte man den Begriff „Blutzyste" definieren, so müßte man sagen: unter einer Blutzyste versteht man einen Hohlraum, der mit Blut gefüllt ist. Ob letzteres geronnen oder sich in flüssigem Zustande befindet, ist an sich gleichgültig. Ferner gehört zu dem Begriff „Blutzyste" die Vorstellung, daß die Zyste einen allseitig abgeschlossenen Raum bildet. Nach dieser Definition gehörten also Hohlräume, die nach Resorption von Blutextravasaten, die sich abgekapselt haben, entstehen, auch zu den Zysten.

Gluck versteht unter Blutzysten diejenigen Gebilde, die mit einer Vene zusammenhängen, in diese sich entleeren lassen und bei nachlassendem Druck sich wieder mit Blut anfüllen. Diese Definition läßt sich jedoch nicht verallgemeinern, da auch Fälle beschrieben worden sind, in denen die Zyste in keinem Zusammenhange mit einer Vene stand. So kann sich z. B. ein Varixknoten von einer Vene vollkommen abschnüren und imponiert dann als autochthone zystische Geschwulst. Ebenso trifft die Erweiterung dieser Definition durch Gurlt, daß nach Entleerung der Blutzyste diese sich wieder anfüllt, nicht auf alle beschriebenen Fälle von Blutzysten zu. Günther weist auf zwei Möglichkeiten bezüglich der Genese von Blutzysten hin: Entstehung von Blutzysten aus Blutextravasaten. Um das Extravasat sollte sich durch Bindegewebewucherung eine Kapsel bilden. Nach Resorption des Blutes bleibe ein seröser Inhalt zurück. Die andere

Möglichkeit wäre die, daß ebensogut wie aus einem Hygroma patellare durch irgend ein Trauma ein Hämatom entstünde, auch aus einer Hydrocele colli congenita eine Blutzyste sich entwickeln könne. In einem solchen Falle wäre also das Trauma die unmittelbare Ursache zur Entstehung einer Blutzyste.

Nach Lexer treten die Blutzysten an Stelle von fehlenden Venen, z. B. V. jugularis externa, interna, facialis communis, subclavia, und müssen zurückgeführt werden auf Entwickelungsstörungen der Gefäßanlagen oder auf Abschnürung eines Varix. Wie wir noch später sehen werden, wies auch Koch, als er über einen ganz eigenartigen Fall von Blutzysten am Halse referierte, auf embryonale Gefäßanlagenmißbildungen bei der Entstehung von Blutzysten hin. Im Gegensatz zu diesen „echten" Blutzysten — also entstanden durch Abschnürung eines Varix — müßte man weiter nach Lexer zu den „unechten" diejenigen rechnen, die aus einem Angiom, Lymphangiom usw. entstehen.

Von diesen Gesichtspunkten aus teilt Spannaus die Blutzyste in „echte" und „unechte" ein. Zu den „echten" rechnet Spannaus:

1. diejenigen, die auf fötale Entwickelungsstörungen zurückzuführen sind,
2. Entstehung infolge Erweiterung einer Vene. In diesem Falle sei es gleichgültig, ob die Zyste mit einer Vene kommuniziere, oder sich schon vollkommen abgeschnürt habe.

Zu den „unechten" rechnet er weiter:

3. diejenigen, die aus einer Kiemengangszyste entstehen,
4. Entstehung aus einem Angiom,
5. aus einem Lymphangiom,
6. aus Lymphdrüsenmißbildungen.

Nicht berücksichtigt wurden von Spannaus Zysten, die sich aus einem Bluterguß entwickeln können. Auf die traumatische Entstehung von Blutzysten weist Spannaus nur ganz kurz hin, obwohl die Entstehungsart nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist. Auf diese Art von Entstehungsursachen einer Zyste deutet Volkmann, Costelli und Linke hin.

Nimmt man die Spannaussche Einteilung der Blutzysten als Schema aller unterzubringender Fälle von Blutzysten an, so ist es schwierig, die auf traumatischer Basis entstandenen Zysten einzuordnen. Denn diese Zysten können einerseits aus einer plötzlich gedehnten, vielleicht pathologisch veränderten Vene entstehen, andererseits kann auch in ein präformiertes kavernöses Gewebe Blut vermittels eines Traumas eindringen und eine Zystenbildung hervorrufen. Die auf letztere Art entstandenen Zysten müßte man daher zu den „unechten", erstere zu den „echten" zählen. Als auslösende Ursachen der traumatischen Entstehungsweise kämen in Betracht: Heben einer schweren Last, geburtshilfliche Operationen.

Jon Bell vertrat die von Plenk aufgestellte Ansicht, daß sich Zysten aus Teleangiektasien und aus kleinen in der Wand der venösen Gefäße eingeschobenen kavernösen Bluträumen teils durch Atrophie der Scheidewände, teils durch Hineinbeziehen der Venenwand in die Neubildung, sowie durch einfache Erweiterung der kavernösen Räume, bilden können. Gluck weist schließlich auf Zysten hin, die in Geschwülsten, z. B. in einem Ca oder Sarkom, entstehen. Ferner können sich nach demselben Autor kavernöse Angiome und kavernöse Strumen in solche Blutzysten umwandeln.

Daß auch das Mikroskop zur Klärung der dunklen Entstehungsweise herangezogen wurde, ist selbstverständlich, ohne aber diesem Ziele näher gekommen zu sein.

In der Literatur sind bisher 47 Fälle von Blutzysten am Halse beschrieben worden, die, wie aus dem oben Angeführten hervorgeht, und wie wir im folgenden noch sehen werden, entsprechend ihrer verschiedenen Genese in ein einheitliches Schema nicht untergebracht werden können.

Im folgenden will ich unter Zugrundelegung der Spannausschen Einteilung und mit Einschluß der von ihm nicht besonders erwähnten traumatischen Entstehungsweise eine kurze Übersicht über die mir zugänglichen Fälle von Blutzysten geben.

Gruppe A. Echte Blutzysten.

I. Hemmungsmißbildungen. Die Zyste tritt an Stelle einer fehlenden Vene.

1. Fall Koch.

Es handelte sich um ein im achtzehnten Lebensjahre verstorbenes Mädchen. Dasselbe trug in der rechten Oberschlüsselbeingrube eine nußgroße bläulich schimmernde, beim Schreien sich prallerfüllende Geschwulst, die von normaler Haut bedeckt und leicht reponibel war. Bei der Reposition war es möglich, mit dem Finger in der Richtung gegen das Herz vorzudringen. Die Obduktion ergab, daß sich an Stelle der V. subclavia drei Blutblasen befanden, die miteinander kommunizierten.

Bei der Erklärung dieses seltsamen Befundes beruft sich Koch auf Dareste, dem es experimentell gelungen war, durch geringfügige Wärmemodifikationen auf der Oberfläche der Eier Mißbildungen des Herzens und der Gefäßanlagen zu erzeugen.

Makroskopisch bestanden die Wandungen der drei Blasen aus einem maschigen kavernösen Gewebe und waren von einer ziemlichen Dicke. Maschiges gefäßreiches Bindegewebe verband die Zysten mit der Nachbarschaft. Im Innern der Zyste bestanden hohe breite Septen.

Mikroskopisch ließ sich ein Endothel nicht nachweisen, dagegen fand man langgestreckte spindelförmige Zellen, wie sie an der Intima der Gefäßwandungen vorkommen. Darauf folgte eine Lage elastischen Gewebes. An dem gefärbten Schnitte wurden Muskelfasern nachgewiesen. Nach außen von der Muskelfaserschicht fand man mächtige Züge elastischen Gewebes, die wie in der Venenadventitia verteilt waren.

2. Fall Hüter.

Es handelte sich um einen 27jährigen Arbeiter, der während der Militärzeit eine Geschwulst in der rechten Unterkiefergegend bemerkte. Da die Geschwulst nach der Entlassung vom Militär ständig zunahm, wollte sich Patient operieren lassen, zumal sie jeder Behandlung trotzte.

Bei der Untersuchung fand man in der rechten Regio inframaxilaris eine rundliche ovale fluktuierende Geschwulst, die die Größe zweier zusammengelegter starker Fäuste hatte. Der Kehlkopf und die Luftröhre waren zur Seite gedrängt. Ferner ließ sich feststellen, daß der Fingerdruck an mehreren Stellen der Geschwulst Schmerzen verursachte, die in die Arme ausstrahlten. Man hatte bei der Operation nach Exstirpation der Geschwulst den Eindruck, als ob die Blutzyste die ganze V. jugularis communis vertreten hätte.

Makroskopischer Befund der Zyste: Zottenartige Vorsprünge von Leisten, die an eine Ähnlichkeit mit dem Herzinnern denken lassen.

Mikroskopisch fand man feinfaseriges Gewebe, mit spärlich eingestreuten elastischen Fasern, massenhaft kleine Körnchen. — In diesem Falle ist von einer Gefäßintima und -media nicht die Rede. Bei der Erklärung dieses Befundes und der Entstehungsmöglichkeit der Zyste geht Hüter von demselben Gesichtspunkte aus wie Koch.

3. Bormann beschreibt zwei Fälle, bei denen die Zyste die V. facialis communis vertrat.

a) Es handelte sich um einen 15jährigen Knaben, der eine Geschwulst unter dem Unterkiefer hatte. Bei der Operation stellte sich heraus, daß die V. facialis fehlte, dagegen zwei Venen in den Sack mündeten.

b) Hier handelte es sich um ein Mädchen von drei Jahren. Die Geschwulst nahm die ganze linke Halsseite bis unter das Schlüsselbein für sich in Anspruch. Nach oben reichte sie bis hinter die Speiseröhre. Die V. facialis fehlte. Der Sack war vielkammerig, ein Teil enthielt Blut, der andere seröse Flüssigkeit. In beiden Fällen wurde als Erklärung eine seltene Annomalie in der Gefäßvereinigung angenommen.

4. Hierher gehört wohl auch der von Volkmann berichtete Fall, indem die Blutzyste an Stelle eines bestimmten Abschnittes der Vene trat. Die Vene erweiterte sich zu einem gänseeigroßen Sacke über der Klavikel. Der Übergang des Sackes in die Vene war ein glatter. Nach oben grenzte der Sack an die Mundhöhle und an das Schädeldach. Das Foramen lacerum fehlte, oder es war obliteriert. Weder von außen

noch von innen konnte eine Einmündungsstelle festgestellt werden. Die Wand des Sackes bestand aus kavernösem Gewebe. Die Entscheidung in diesem Falle, wie die Zyste wohl entstanden sei, ist schwierig, da man an zwei Entstehungsmöglichkeiten denken kann. Zunächst kann man annehmen, daß die Zyste als Fortsetzung der Vene gelten sollte, also eine Entwickelungsstörung, mithin eine „echte" Blutzyste. Andererseits spricht für eine „unechte" Blutzyste der kavernöse Bau der Sackwandungen.

Es handelte sich in diesem Falle um ein kavernöses Angiom.

Wie schon gesagt wurde, bestand die Zyste makroskopisch aus kavernösem Gewebe. Die Innenfläche der Zyste war gitterig und mit flachen Taschen versehen. Infolge Vereiterung der Zyste waren die inneren Schichten mit Rundzellen angefüllt, der feinere Bau also undeutlich. Nach außen fand man ein fibrilläres Bindegewebe, das zu einem kavernösen Maschenwerk auseinander wich. In dem schon makroskopisch sichtbaren Balken fanden sich Inseln von Fettgewebe. In dem feineren Balkenwerke waren reichlich elastische Fasern und Spindelzellen vorhanden. Endothel ließ sich nur stellenweise nachweisen.

5. Spannaus berichtet über eine faustgroße Zyste, die am inneren Rand des Kopfnickers saß und bis zur V. jugularis reichte, mit der sie aber nicht verwachsen war. Die Zystenhöhle war glatt, von einzelnen Trabekeln durchzogen.

Mikroskopischer Befund: Lockeres fibröses Gewebe, keine deutlichen Endothelien. Diese Gewebsschicht ging allmählich ohne scharfe Grenzen in eine breite, aus netzförmig angeordneten glatten Muskelfasern bestehende Schicht über. Darauf folgte nach außen eine aus einem fibrillären Bindegewebe bestehende Schicht. Kavernöse Räume fehlten.

Spannaus hält die Entstehung der Zyste aus einer verunglückten Gefäßlage für möglich.

6. In dem Falle von Deschin, wo die Zyste die Vena jugularis communis vertrat, reichte die Zyste bis unter das Schlüsselbein.

II. Entstehung von Zysten aus Erweiterung der Venen oder Abschnürung der Venenwand.

Diesen Entstehungsmodus hat Virchow experimentell nachgewiesen. Durch Injektion faulen Blutes in die V. jugularis externa eines Hundes gelang es ihm, eine Zyste zu erzeugen. Für diese Entstehungsmöglichkeit — Abschnürung oder Erweiterung — sprechen zahlreiche Berichte über Blutzysten, die zum Teil mit einer Vene kommunizierten, zum Teil sich völlig abgeschnürt hatten:

1. Loyd extirpierte eine Blutzyste der V. saphena, die sich völlig abgeschnürt hatte. Für die Entstehung der Zysten aus der Vene sprachen die auf der Innenseite der Zyste gefundenen charakteristischen Klappen.

2. Wilms schnitt bei einer 57jährigen Frau einen geschwulstartigen Varix der Vena saphena dextra ab.

3. Agnew operierte einen 23jährigen Mann, der vor zwei Jahren nach einem heftigen Sprung eine Geschwulst in der linken Leistenbeuge bemerkt hatte. Im Scarpaschen Dreieck wurde nun eine Blutzyste gefunden, die sich offenbar von der V. saphena abgeschnürt hatte, mit ihr aber noch im Zusammenhang stand, denn die Vene mündete in die Zyste ein.

4. Geißel entfernte bei einer 39jährigen Frau zwei Blutzysten von Faustgröße der rechten V. femoralis, da der Varix sarkomatös entartet war. Sonst war von Varizen am ganzen Bein nichts zu merken.

5. Öfters sind Blutzysten am Hinterhaupte gesehen worden, die mit dem Hirnsinus im Zusammenhange standen. So beschreibt Glattauer einen Fall, bei dem es sich um eine Ausstülpung des Sinus longitudinalis, um einen Varix desselben, handelte. Möglich ist hierbei, daß ein angeborener Schädeldefekt die Veranlassung zur Ausstülpung gewesen ist. Es ist aber ferner nicht ausgeschlossen, daß primär eine Ausstülpung des Sinus bestanden hat, diese durch den konstanten Druck auf den Knochen denselben usuriert und perforiert hat. Gewöhnlich standen diese Zysten durch einen unregelmäßigen Gang mit dem Sinus in Verbindung.

Baygard, Kahler und Meyer beobachteten und operierten Fälle, bei denen der Operationsbefund die Ab-

schnürung von einer Vene bestätigte. Spannaus berichtet über zwei hierher gehörige Fälle.

In dem einen Falle saß die Zyste an der Wand der Vene, ohne jedoch mit dem Lumen derselben zu kommunizieren. In dem anderen Falle bestand eine variköse Erweiterung der Vena jugularis mit einer gleichzeitig bestehenden Lymphzyste, die aber nicht mit der Vene kommunizierte.

Über die Entstehung dieser Kombination von Lymphzyste mit einem Varix kann Spannaus nichts Bestimmtes sagen. Das Lymphangiom nimmt er als das primäre an. Durch sein Wachstum unter das Jugulum habe es die Vene komprimiert und dadurch zur sekundären Erweiterung der Vene geführt. Die Hemmungsmißbildung kann wohl in diesem Falle ausgeschlossen werden, da die Kontinuität der Vene nicht unterbrochen war.

III. Entstehung einer Blutzyste aus einer Kiemengangszyste.

Eine derartige Zystenbildung ist nur ein einziges Mal in der Literatur vertreten, und zwar ist es der von Gluck beschriebene Fall. Es handelt sich um eine Zyste, die zwischen dem Innenrande des Kopfnickers und der Vena jugularis saß. Sie kommunizierte breit durch einen Kanal mit der V. jugularis communis. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Entstehungsweise.

Gluck meint, daß das hintere Ende der Kiemengangszyste nicht obliteriert war, und es sich da, wo es der Venenwand anlag, in diese öffnete. Möglich sei es auch, daß die Venenwand einen Defekt erlitten habe, durch den sich dann venöses Blut in den Kiemengang ergossen und diesen in eine Zyste verwandelt habe.

Gruppe B. Unechte Blutzysten.

I. Entstehung aus einem Haemangiom.

Linke, Costelli und Salieri denken bei der Entstehung von Zysten aus einem Angiom an ein Trauma. Webster berichtet über eine Blutzyste am fundus uteri. Da im Stiel der Zyste eine angiomähnliche Masse gefunden wurde, ist er der Ansicht, daß es sich um ein kavernöses Angiom handelt, zumal er in der Zystenwand blutgefüllte Räume nachweisen konnte.

Hierher könnte man auch, worauf schon hingewiesen worden ist, den oben beschriebenen Fall von Volkmann anführen.

Interessant ist der von Völker und Franke beschriebene Fall.

Es handelt sich um ein 1½jähriges Kind, das mit einer Geschwulst an der rechten Halsseite zwecks Operation ins Krankenhaus eingeliefert worden war. Die Geschwulst sollte sich in den letzten sechs Wochen allmählich bis zu der jetzigen Größe entwickelt haben. Eine plötzliche Vergrößerung ist nicht konstatiert worden. Ein Trauma fehlte. Während der Hustenanfälle — das Kind litt an Keuchhusten — ist eine Vergrößerung der Geschwulst nicht bemerkt worden. Die Untersuchung ergab eine hühnereigroße Geschwulst an der rechten Halsseite, in Höhe des Kehlkopfes an dem vorderen Rand des Kopfnickers. Die Form der Geschwulst war rund. Die Geschwulst war auf der Unterlage wenig verschieblich, mit der Haut nicht verwachsen. Die Oberfläche war nicht ganz glatt, etwas bucklig, fühlte sich prall elastisch an, fluktuierte. Pulsation war weder sicht- noch fühlbar. Bei der Operation ist nun folgender Befund erhoben worden: Das Platysma und einige Fasern des Kopfnickers waren mit der Zyste verwachsen. An der medialen Seite lief um die Geschwulst eine Vene (Ramus communicans der V. facialis anterior?). Nach Präparation des vorderen und unteren Teils der Zyste lagen die großen Gefäße und die Ansa hypoglossi frei. In der Höhe der Teilung der Carotis trat eine Vene von der V. jugularis an die Zyste heran. Auch der oben erwähnte Ramus communicans schien mit der Zyste in Verbindung zu stehen, und zwar durch einen kurzen Ast. Bei der Herausschälung der Zyste wurden eine haselnußgroße und eine noch größere dunkel aussehende Lymphdrüse mit zum Vorschein gebracht. Carotis und Jugularis lagen fast in ihrer ganzen Ausdehnung vom Schlüsselbein bis zum Unterkiefer frei zutage. In der Zyste fand man dunkles Blut, das aus gequollenen roten Blutkörperchen, die schon zum Teil geschrumpft waren und Stechapfelform hatten, und aus weißen Blutkörperchen bestand. Ein Zusammenhang mit dem Venensystem schien nach diesem Befunde wahrscheinlich, doch konnte ein Gefäß-

lumen in der Zystenwand nicht gefunden werden, auch nicht an der Stelle, von der aus die oben erwähnte Vene zur Jugularis zu laufen schien. Dagegen fand man in der äußeren Wand der Zyste ein zwei bis drei Zentimeter langes Stück einer rabenfederkieldicken Vene eingelegt. In der Mitte zeigte sie das Lumen einer in das Stück einmündenden Vene von gleichem Kaliber.

Nach Franke und Völker dürfte es sich um das Verbindungsstück zwischen dem mit der Jugularis und dem Ramus communicans und der Zyste in Beziehung stehenden Gefäße handeln. Auf der Innenseite des Venenstückes fand man in der der Zyste zugewendeten Seite ein kleines Grübchen.

Völker und Franke kommen dann auf Grund des makro- und mikroskopischen Befundes zu dem Ergebnis, daß es sich in ihrem vorliegenden Falle nur um eine Entstehung aus einem selbständigen Angiom handeln könnte.

II. Entstehung aus einem Lymphangiom:

Zystische Lymphangiome treten nach Aschoff angeboren als großblasige vielkammerige Geschwülste auf, und zwar hauptsächlich einseitig, selten doppelseitig am Halse und am Nacken. Aschoff weist auf eine Entwickelungsstörung der Gefäßanlage hin, auf eine überschüssige Bildung von Lymphgefäßen mit einem „fehlerhaften Anschluß" an das übrige Lymphgefäßsystem. Ferner nimmt man bei der Entstehung von Blutzysten aus Lymphangiomen an, daß zuerst die Lymphzyste vorhanden ist, in die sekundär Blut einströmt.

Weil fand gelegentlich einer Operation eine Blutzyste, die mehrkammerig war. Es bestanden einige Verwachsungen der Geschwulst mit der Vene jugularis und V. subclavia. Zwischen diesen beiden Venen war die Geschwulst gewachsen. Die zwei größten Räume der Zyste waren mit Blut gefüllt. Die kleinen Hohlräume der Zyste besaßen lymphoiden Inhalt. Die Innenwand der kleinen Hohlräume war ganz glatt, die größeren hatten trabekelartige Vorsprünge. Endothel war nicht nachweisbar, dagegen zeigten sich in den Zystenwandungen Spalten und zystenartige Erweiterungen, die nur als Lymphspalten angesehen werden konnten.

Nasse berichtet über einen Fall, bei dem die Diagnose Blutzyste erst während der Operation gestellt wurde. Es handelte sich um einen elfjährigen Knaben mit einer Geschwulst am Halse. Über der linken Klavikula hinter dem M. sternocleidomastoideus befand sich eine bis zum M. trapezius reichende runde deutlich fluktuierende Geschwulst. Sie ließ sich leicht abgrenzen und war verschieblich. Es handelte sich um eine große dünnwandige Zyste. Die Wand war glatt, nur an der Innenwand waren einige balkenartige Vorsprünge vorhanden. Der Inhalt bestand in einer dünnen braunen Flüssigkeit, in der man viele zerfallene rote Blutkörperchen, Blutpigment und eine mäßige Anzahl weißer Blutkörperchen fand. Die Wandung besaß ein sehr schönes Endothel und bestand im übrigen aus einem unregelmäßigen faserigen Bindegewebe, das nur stellenweise eine leichte zellige Infiltration aufwies. Nirgends fand man Spuren einer Neubildung von Lymphbahnen. Es war nicht festzustellen, woher die blutige Beimengung stammte. Nasse ist der Ansicht, daß durch Blutung in das Zysteninnere das Lymphangiom zystoides in eine Blutzyste umgewandelt wurde.

III. Entstehung einer Zyste aus embryonaler Lymphdrüsenmißbildung.

Diese Entstehungsart ist nur einmal in der Literatur beschrieben worden. Bayer operierte einen Fall von Blutzyste, bei dem schon nach der Geburt eine kleine Geschwulst in der Supraclaviculargrube bemerkt wurde. Da die Geschwulst wuchs, wurde sie extirpiert. Es bestand kein Zusammenhang mit den Gefäßen. Die Geschwulst war ins Fettgewebe eingelagert, in dem Lymphdrüsen lagen. In den einzelnen Drüsen war blutiger Inhalt vorhanden. Die Zyste selbst war einkammerig und enthielt eingedicktes Blut. An der Innenwand der Zyste fand man trabekelartige Vorsprünge. Mikroskopischer Befund: Die Wand setzte sich aus Bindegewebe zusammen, das an einzelnen Stellen deutlich adenoiden oder retikulären Charakter trug. Gleichzeitig enthielt dieses zahlreiche Lymphspalten und Reste von Lymphdrüsengewebe. Die Lymphdrüse war äußerst blutreich, denn sie zeigte mehr oder weniger ausgebildete hämorrhagische Herde. Das umgebende Fettgewebe zeigte an vielen Stellen Kernwucherungs-

vorgänge und zirkungskripte Zellinfiltrationen, die große Ähnlichkeit mit embryonalen Lymphdrüsenanlagen zeigten. Bayer führt die Entstehung der Zyste auf embryonale Lymphdrüsenmißbildung zurück, während Spannaus auf Grund des mikroskopischen Befundes auf die Entstehung aus einer branchiogenen Zyste hinweist. Über das Verhalten der zugehörigen Gefäße ist leider in dem Bericht über diesen eigenartigen Fall nichts Näheres mitgeteilt.

Zu den „echten" Blutzysten könnte man wohl auch noch diejenigen rechnen, die einem Trauma ihre Entstehung verdanken. Als Vorbedingung für diese Entstehungsart wäre eine pathologische Veränderung der Gefäßwand anzunehmen. Günther meint, daß es sich hierbei um die Einkapselung eines traumatischen Haematoms handelt. Beispiele für diesen Hergang am Halse finde ich in der Literatur nicht. Dagegen sind öfters Fälle beschrieben, wo das Trauma als Entstehungsursache von Blutzysten an anderen Körperstellen eine Rolle spielt.

So operierte Agnew (siehe oben) eine Zyste bei einem Mann, die nach einem Sprunge im Scarpaschen Dreieck entstanden war. Barzelli berichtet über einen Fall von Blutzystenbildung der Milz nach einem Trauma. Salieri berichtet über einen Fall von Blutzyste der Milz nach einem starken Niesen.

Auf Grund einer Übersicht der Literatur kommt Salieri zu dem Schlusse, daß die Blutzysten der Milz stets traumatischer Natur seien. Voraussetzung hierfür seien Infektionskrankheiten: Malaria, Typhus, Variola, durch die die Patienten prädisponiert seien.

Ich bin in der Lage, den in der Literatur angeführten 47 Fällen einen neuen in der Küttnerschen Klinik beobachteten Fall von Blutzyste am Halse hinzuzufügen.

Die Krankengeschichte lautet folgendermaßen:

Es handelt sich um ein 21 Jahre altes Mädchen (aufgenommen 15. Februar 1919). Schon als Kind bemerkte Patientin eine Anschwellung am Halse. Die Geschwulst nahm langsam zu. Beim Bücken wird die Geschwulst größer, und Patientin hat dadurch Beschwerden.

Untersuchungsbefund:

Mittelgroßes kräftiges Mädchen, von gesundem Aussehen. An der Vorderseite des Halses eine rechts größer als links

entwickelte Struma, die rechts etwa apfelgroß ist, links etwa Hühnereigröße erreicht. Ihre Konsistenz ist weich. Die Geschwulst ist mäßig verschieblich. Über der linken Strumahälfte, dicht unter dem Unterkieferrand am inneren Rande des Kopfnickers ist eine weiche Schwellung fühlbar. Dieselbe wird beim Bücken etwa kirschgroß, beim Aufrichten wieder kleiner. Durch Kompression der Venen unterhalb läßt sich diese sekundäre Verkleinerung verhindern.

Diagnose: Struma-„Blutzyste“ des Halses. Operation Privatdozent Dr. Melchior. Kragenschnitt. Typische Hemistrumektomie; Partialresektion der anderen Kropfhälfte; sodann Freilegung der Blutzyste. Sie stellt sich als ein wallnußgroßes Gebilde dar, von sehr zerreißlichem Gewebe, das kavernösen Bau aufweist. Es kommuniziert breit mit der V. mediana colli, ferner bestehen Verbindungen zur V. jugularis externa. Das Gebilde reicht nach oben bis in die Regio submaxillaris und mündet breit in die stark erweiterte V. submaxillaris. Nach Einreißen der Wand fast totaler Kollaps. Auslösung unter Ligatur der kommunizierenden Venen. Wundnaht. Postoperativer Verlauf ungestört.

Bei der Betrachtung erscheint die Zyste von sehr zerreißlichem Gewebe gebildet. Die Wand ist meist zart, an einzelnen Stellen etwas verdickt. Auf dem Durchschnitt wird sie durchzogen von einem System feinerer und gröberer Balken und Leisten, die ein dem Herzinnern ähnliches Trabekelwerk darstellen.

Es handelt sich in unserem Falle um ein venöses, mit der V. jugularis und V. submaxillaris breit kommunizierendes kavernöses Hämangiom.

Faßt man das über Blutzysten Gesagte zusammen, so ergibt sich ohne weiteres, daß der Begriff „Blutzyste“ ein Sammelbegriff ist, unter dem recht verschiedene Dinge zusammengefaßt werden. Eine eindeutige Erklärung ist zurzeit nicht zu geben, und es ist nicht ausgeschlossen, daß in der Folgezeit noch andere Vorgänge bekannt werden, die zur Entstehung einer zervikalen Blutzyste führen können.

Literatur.

Bormann, Blutzysten an der Seitenfläche des Halses. Zentralblatt für Chirurgie, Bd. 24, 1897.

Deschin, Blutzysten am Halse. Zentralblatt für Chirurgie, Bd. 23.

Franke, Blutzysten der seitlichen Halsgegend. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 28.

Gluck, Über Blutzysten der seitlichen Halsgegend. Deutsche Medizin. Wochenschrift XII, 1886.

Günther, Über Blutzysten des Halses. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 8.

Kaczanowsky, Ein seltener Fall von congenitaler Blutzyste des Halses und der Fossa exillaris. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 44.

Volkmann, Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 15.

Webster, Zentralblatt für Chirurgie, 1895.

Lebenslauf.

Ich, Johannes Palka, bin am 29. März 1890 in Groß Chelm, Kreis Pleß, als der Sohn des Kaufmanns J. Palka und seiner Ehefrau Julie geboren. Nach anfänglichem Volksschulbesuch besuchte ich das Kgl. humanistische Gymnasium in Myslowitz, das ich 1913 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Darauf studierte ich in Breslau Medizin. Von 1914 bis Anfang 1919 war ich Kriegsteilnehmer. Februar 1917 bestand ich das Physikum, im November 1919 mein Staatsexamen. Nach meinem Staatsexamen war ich vier Monate im Städt. Krankenhause (innere Abteilung) in Ratibor und 3½ Monate in der Breslauer Universitätskinderklinik beschäftigt. Seit dem 15. Juli 1920 bin ich Volontärarzt in der Universitätsfrauenklinik.